

Institutionen för socialt arbete  
Stockholms Universitet  
Uppsats 10 p  
Höstterminen 2004

# *”Det känns som från två håll så där”*

En kvalitativ studie om upplevelsen av att ha ett personligt ombud

Av

*Börje Persson*

Handledare: Lis Bodil Karlsson

## **Förord**

Jag vill först rikta ett stort tack till er tre personer som ställde upp och lät sig intervjuas i den här undersökningen, utan er så hade jag inte kunnat genomföra undersökningen, så ännu en gång, tack! Jag vill också tacka alla er personliga ombud som ställde upp och vidarebefordrade mina brev då jag sökte intervjupersoner. Sedan vill jag passa på att tacka min dotter Emma som har funnits där när uppsatsarbetet har känts tungt och påmint mig om det faktiskt finns en värld utanför uppsatsskrivandet. Sist men absolut inte minst vill jag tacka min fantastiska handledare Lis Bodil Karlsson för allt stöd och uppmuntran.

Opponent: Helena Rosenqvist

Institutionen för socialt arbete  
Stockholms universitet  
Uppsats 10 p  
Höstterminen 2004

# *”Det känns som från två håll så där”*

En kvalitativ studie om upplevelsen av att ha ett personligt ombud

Av  
*Börje Persson*

## **Abstract**

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur personer som har ett personligt ombud för psykiskt funktionshindrade upplevde dennes insatser. Undersökningen gjordes med kvalitativa individuella intervjuer, dessa genomfördes, i likhet med hela forskningsprocessen med ett fenomenologiskt förhållningssätt. Detta teoretiska val kändes naturligt då syftet med uppsatsen var att undersöka informanternas egna upplevelser. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades sedan enligt en fenomenologisk analysmetod och presenterades därefter i underökningens resultatkapitel. I analyskapitlet användes Johan Asplunds socialpsykologiska teori om social responsivitet för att belysa uppsatsens resultat. De analysverktyg som används är Asplunds begrepp konkret socialitet och abstrakt socialitet.

**Nyckelord:** Psykiatrireformen, personligt ombud, case management.

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>SIDAN</b>
<b>1. INLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1 Inledning och problemformulering	3
1.2 Förförståelse	4
1.3 Syfte och frågeställning	4
1.4 Begreppsförklaring	4
1.4.1 Psykiskt funktionshinder	4
1.4.2 Traditionella vård- och stödinsatser	5
1.4.3 Psykiatrisk slutenvård	5
1.4.4 Psykiatrisk öppenvård	5
1.5 Uppsatsens disposition	5
<b>2. BAKGRUND</b>	<b>7</b>
2.1 Bakgrunden till Samhällsinsatsen personligt ombud	7
2.2 Case management	8
<b>3. TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>11</b>
3.1 Internationell forskning	11
3.2 Svensk forskning	12
<b>4. SOCIAL RESPONSIVITET</b>	<b>14</b>
<b>5. METOD</b>	<b>17</b>
5.1 Val av metod och teoretiskt perspektiv	17
5.2 Litteratursökning	17
5.3 Val av informanter	18
5.4 Intervjuerna	18
5.5 Frågeguide	18
5.6 Transkription	19
5.7 Analys av transkriptionerna	19
5.8 Validitet	20
5.9 Reliabilitet	20
5.10 Generaliserbarhet	21
5.11 Etiska överväganden	21
5.12 Avgränsningar	22

<b>6. RESULTAT</b>		<b>23</b>
<b>6.1 Inledning</b>		<b>23</b>
<b>6.2 Presentation</b>		<b>23</b>
<b>6.2.1 Lisa, 35 år</b>		<b>23</b>
<b>6.2.2 Lasse, 50 år</b>		<b>23</b>
<b>6.2.2 Lena, 60 år</b>		<b>24</b>
<b>6.3 Vistelsen inom psykiatrisk slutenvård</b>		<b>24</b>
<b>6.3.1 Sammanfattning</b>		<b>25</b>
<b>6.4 Kontakten med den psykiatriska öppenvården</b>		<b>25</b>
<b>6.4.1 Sammanfattning</b>		<b>26</b>
<b>6.5 Anledningen till att söka personligt ombud</b>		<b>26</b>
<b>6.5.1 Sammanfattning</b>		<b>27</b>
<b>6.6 Det personliga ombudets insatser</b>		<b>27</b>
<b>6.6.1 Sammanfattning</b>		<b>28</b>
<b>6.7 Kontakten med det personliga ombudet</b>		<b>28</b>
<b>6.7.1 Sammanfattning</b>		<b>29</b>
<b>6.8 Sammanfattning</b>		<b>29</b>
<b>7. ANALYS</b>		<b>30</b>
<b>7.1 Inledning</b>		<b>30</b>
<b>7.2 Abstrakt socialitet</b>		<b>30</b>
<b>7.3 Konkret socialitet</b>		<b>31</b>
<b>7.4 Vistelsen inom psykiatrisk slutenvård</b>		<b>31</b>
<b>7.5 Kontakten med den psykiatriska öppenvården</b>		<b>33</b>
<b>7.6 Anledningen till att söka personligt ombud</b>		<b>34</b>
<b>7.7 Kontakten med sitt personliga ombud och dennes insatser</b>		<b>35</b>
<b>7.8 Sammanfattning</b>		<b>36</b>
<b>8. DISKUSSION</b>		<b>37</b>
<b>LITTERATURLISTA</b>		<b>40</b>
<b>Brev till eventuella informanter</b>	<b>Bilaga</b>	<b>1</b>
<b>Frågeguide</b>	<b>Bilaga</b>	<b>2</b>

# 1. INLEDNING

## 1.1 Inledning och problemformulering

I media debatteras med jämna mellanrum, ibland i ett hetsigt tonläge psykiskt sjukas situation. Debatten tycks kretsa kring en hårdför linje med ett ökat antal slutenvårdsplatser och med en önskan om möjligheten att tvångsvårda människor inom den psykiatriska öppenvården på agendan. På andra sidan i debatten finns förespråkarna av en mjukare linje, med ett synsätt som ligger i linje med psykiatireformen.

Samtidigt, utan någon större medial uppmärksamhet pågår det en verksamhet som har till syfte att samordna insatserna för just denna grupp människor, så att de ska få de vård- och stödinsatser de behöver och har rätt till. Insatsen är personligt ombud för psykiskt funktionshindrade. Socialstyrelsens utvärderingar visar på goda resultat, vilket kan öppna för en framtida möjlighet för psykiskt sjuka/-funktionshindrade till en lagstadgad rätt till personligt ombud.

Att få ett personligt ombud som kan vara en länk och ett stöd i kontakten med olika myndigheter har varit till stor nytta för de psykiskt funktionshindrade när det gäller att kunna vara med och påverka utformningen av sitt eget stöd och sin behandlings utformning. Cristina Bohman på socialstyrelsen säger: *”Folk är inte ondsinta. De har bara inte helhetsperspektivet, och ser därför inte vilka konsekvenserna blir när de säger nej.”* (DN, 2004-11-21). Denna mediedebatt var en anledning till att insatsen personligt ombud fångade mitt intresse.

Den andra var avhandlingen *Case management for individuals with severe mental illness* (Björkman 2000) som bygger på hans treårsutvärdering av tio försöksverksamheter med personligt ombud som startades i Sverige 1996. I avhandlingen pekar Björkman på en rad förbättringar i livsvillkoren för de personer som hade insatser från ombuden i dessa försöksverksamheter. Hans avhandling ger dock inga svar på vad det är i de personliga ombudens insatser som har bidragit till dessa förändringar. Det finns inte heller någon kontrollgrupp som uteslutande erhåller traditionella vård- och stödinsatser. Detta gjorde mig nyfiken på om de personliga ombuden endast är byråkrater, som på ett distanserat sätt samordnar andra aktörers insatser för psykiskt funktionshindrade människor. Eller om de utför en form av socialt arbete och att det är detta arbete som förbättrar dessa personers livssituation?

## 1.2 Förförståelse

Jag har tidigare arbetat inom både psykiatri och socialtjänsten som mentalskötare respektive boendestödare. I mitt arbete har jag träffat människor som hör till den så kallade målgruppen för personligt ombuden, det vill säga människor med varaktiga psykiska funktionshinder. Min kunskap om de personliga ombudens arbete är dock mer begränsad, här visste jag, innan jag började mitt uppsatsarbete att det var en frivillig insats som den enskilde själv måste ansöka. När det gäller mer traditionella vård- och stödinsatserna är min förförståelse att många verksamheter inom både landsting och kommun för den här gruppen människor fungerar mycket bra.

## 1.3 Syfte och frågeställning

Uppsatsen har två syften. Det ena är att undersöka informanternas upplevelser av insatsen personligt ombud. Det andra är att jämföra dessa upplevelser med erfarenheten av traditionell psykiatrivård.

Utifrån detta syfte är min frågeställning:

*Hur upplever personer som har ett personligt ombud dennes insatser?*

## 1.4 Begreppsförklaring

### 1.4.1 Psykiskt funktionshinder

Jag har här valt att använda mig av Socialstyrelsens definition av psykiskt funktionshinder som lyder:

*”Med psykiskt funktionshinder avses sociala funktionssvårigheter på för individen avgörande områden till följd av psykisk störning. Handikapp p.g.a. Psykiskt funktionshinder föreligger när en individ till följd av detta funktionshinder inte kan uppnå egna viktiga mål och förvägras full delaktighet i samhället. Handikappet uppstår som en kombination av funktionshindret och miljö (stödande/underlättande respektive försvårande faktorer i omgivningen). Att se problemen ur detta perspektiv lägger fokus på relationen mellan individen och omgivningen, vilket ökar handlingsmöjligheterna. Det är inte bara den enskilde*

som skall bli föremål för åtgärder utan också dennes omgivning.(Socialstyrelsen 1999, s. 227).

#### **1.4.2 Traditionella vård- och stödinsatser**

Jag kommer att använda den inom sjukvården vedertagna definitionen av traditionella vård och stödinsatser i uppsatsen. Ingen av informanterna har innan de fick sitt personliga ombud haft insatser från någon annan aktör än landstingets psykiatriska klinik. Därför är traditionella vård- och stödinsatser här liktydigt med psykiatrisk slutenvård- eller öppenvård.

#### **1.4.3 Psykiatrisk slutenvård**

Även här använder jag den inom sjukvården vedertagna definitionen, vilken är: *En psykiatrisk avdelning, vid en psykiatrisk klinik, med dygnetrunt- vård där patienterna bor under vårdtiden. Här finns god tillgång till psykiatrisk behandling*

#### **1.4.4 Psykiatrisk öppenvård**

Jag använder mig här av Svenskt psykiatrillexikons definition, vilken är följande:

*”Psykiatrisk vård och behandling som är organiserad på det sättet att personer med psykisk störning kan bo kvar i sin normala miljö och samtidigt få psykiatrisk hjälp vid en mottagning på en psykiatrisk klinik, eller mer vanligt från mitten av 1900-talet, en lokal i ett vanligt hyreshus:”*(Egidius 1997)

### **1.5 Uppsatsens disposition**

I inledningskapitlet har jag min inledning, förförståelse samt syfte och frågeställning. Jag går också igenom några begrepp som används i uppsatsen för att underlätta för läsaren.

I nästa kapitel, som är bakgrunden går jag först igenom historiken för insatsen personligt ombud samt olika modeller för case management, detta gör jag för att ge en förståelse för de arbetssätt som omfattas av benämningen case management.

Kapitel 3 är kapitlet tidigare forskning. Här beskriver jag först utländsk forskning, sedan den forskning som bedrivits om de svenska personliga ombudsverksamheterna.

Därefter följer teorikapitlet som är kapitel 4. Här beskriver jag Johan Asplunds teori om Social responsivitet, med speciellt fokus på de två begreppen konkret socialitet och abstrakt socialitet.

I metodavsnittet beskriver jag därefter forskningsprocessen, mina etiska överväganden samt avgränsningar för min undersökning.

I kapitel 6 som är resultat kapitlet presenterar jag informanterna samt resultatet av min undersökning.

Därefter följer analysavsnittet där jag ytterligare en gång går igenom Asplunds begrepp konkret socialitet och abstrakt socialitet, detta för att underlätta för läsaren att följa med i min analys.

Uppsatsen avslutas med diskussionen i kapitel 8, här gör jag först en kort sammanfattning av resultat och analys. Därefter för jag en metoddiskussion, vilken följs av en jämförelse med tidigare forskning. Jag avslutar med förslag till fortsatt forskning som knyter an till socialt arbete.

## 2. BAKGRUND

### 2.1 Bakgrunden till Samhällsinsatsen personligt ombud

Bakgrunden till samhällsinsatsen personligt ombud kan sägas ha sin början i en avinstitutionisering av den psykiatriska vården som inleddes redan på 1960-talet. Den innebar en övergång från institutionsbaserad slutenvård till mer öppna och samhällsbaserade vårdformer. I takt med denna förändring minskade antalet slutenvårdsplatser kraftigt, vilket ledde till att människor med psykiska funktionshinder (som tidigare vistats på de gamla mentalsjukhusen) blev utskrivna till ett liv ute i samhället.

De nya samhällsbaserade vård- och stödformerna hade dock svårt att tillgodose denna grups behov (dir. 1 990:71). Därför tillsatte regeringen 1990 en parlamentarisk kommitté vars direktiv var att överväga och föreslå åtgärder, angående organisation och ansvarsfördelning av stöd, service och vård till ”psykiskt störda”. Kommittén antog namnet Psykiatriutredningen och kom med sitt slutbetänkande 1992, ”*Stöd och vård för psykiskt störda med förslag till åtgärder som berör vuxna psykiskt störda personer*” (SOU 1992:73). I slutbetänkandet beskrevs behovet av en samordnande funktion för att verka för att enskilda får den vård och det stöd de är berättigade till. Insatsen kallades personligt ombud och skulle arbeta enligt ett *case management*-arbetssätt. Detta var ett arbetssätt som med framgång praktiserats i USA och England sedan 1970-talet och som utgick från den enskilde och hennes behov och utifrån dessa samordnades insatserna.

Insatsens målgrupp skulle vara *personer med varaktigt psykiskt funktionshinder* (målgruppen beskrivs senare under egen rubrik). Det sociala stödet i form av bostäder, personalstöd, rehabilitering och sysselsättning till denna grupp människor uppvisade stora brister enligt kommittén. Psykiskt funktionshindrades behov kunde inte tillgodoses på ett tillfredställande sätt, vilket medförde att samhället inte hade lyckats skapa ett heltäckande och fungerande vård- och stödsystem för denna målgrupp. Utredningen pekade på att många psykiskt funktionshindrade inte fick den vård, det stöd och den service som de hade rätt till, utan att de ”föll mellan stolarna”. Detta trots en ansvarsfördelning mellan landsting och kommun som egentligen redan klargjordes i 1982 års socialtjänstlag (SFS 1980:620).

Med psykiatriutredningen som grund kom regeringens psykiatriproposition (SOU 1993/94: 218). Propositionen ledde till att den så kallade psykiatrireformen trädde i kraft den 1 januari 1995. Reformen, som i huvudsak är en strukturreform, fokuserar på att tydliggöra gränserna mellan kommuners och landstings ansvar för personer som tillhör gruppen psykiskt

funktionshindrade. I propositionen klarlägger och tydliggör regeringen de olika aktörernas ansvarsområden kring denna gräns. En av de insatser som ingick i reformen var *personliga ombud för personer med varaktigt psykiskt funktionshinder*. Regeringen menade att inrättandet av personliga ombud var ett sätt att uppmärksamma den enskildes behov och att samordna samhällets vård- och stödinsatser. I propositionen nämndes även, förutom samordning, upprättande av individuella planer för insatser, kartläggning av behov av service, stöd och vård samt uppsökande verksamhet och att verka för att den enskilde får de insatser som han/hon behöver och har rätt till.

Vid genomförandet av psykiatrireformen avsatte regeringen 24 miljoner kronor i så kallade stimulansbidrag under tre år för en försöksverksamhet med personligt ombud. Detta stimulansbidrag fördelades av Socialstyrelsen till tio försöksverksamheter, som drevs i projektform och var geografiskt spridda i Sverige. Socialdepartementet gav Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera dessa försöksverksamheter. Utvärderingen skulle gälla samhällsekonomiska konsekvenser och effekter i form av förändringar av den enskildes livssituation. Denna utvärdering skedde med en 18 månaders uppföljning (Björkman 2000; Socialstyrelsen 1999:3). Utvärderingen visade på minskat psykiatriskt vårdbehov, förbättring av den psykosociala funktionen samt positiva förändringar i de psykiskt funktionshindrades sociala nätverk och den självupplevda livskvalitén. Dessa positiva resultat gjorde att regeringen i maj 2000 beslutade om statsbidrag till landets kommuner för uppbyggandet av permanenta personliga ombudsverksamheter (Regeringsbeslut 2000-05-18:16). Insatsen personliga ombud uppfattades vara ett arbetssätt som gick att införa i det svenska vård- och stödsystemet för psykiskt funktionshindrade.

Den grupp av människor som insatsen personligt ombud var avsedd för är samtliga personer som ingår i psykiatrireformens målgrupp. Insatsen riktar sig alltså till alla som är 18 år eller äldre och som har ett psykiskt funktionshinder som innebär ett omfattande och långvarigt socialt handikapp. Detta handikapp skall medföra stora hinder för ett fungerande vardagsliv. Vidare riktar sig insatsen till dem som har komplexa behov av vård, stöd och service, samt behov av kontakt med socialtjänst, primärvård och/eller den specialiserade psykiatrin eller andra myndigheter.

## **2.2 Case management**

Begreppet personlig ombud används i psykiatrireformen synonymt med *case manager*. Case management kan beskrivas som ett organiserat arbetssätt för att samordna insatser för den

enskilde. Detta arbetssätt har sitt ursprung i det amerikanska sociala arbetet på 1970-talet (Ballew & Mink 1996). Det har sedan dess skett en utveckling av olika modeller av case management. Vilket har gjort att vi i dag kan säga att case management är ett samlingsbegrepp av ett flertal modeller. Det är alltså inte helt lätt att klargöra vad case management är, därför görs nedan en översikt av sex modeller för case management som Socialstyrelsen tar upp i sin uppföljning av psykiatireformen (Socialstyrelsen 1999:3). Modellerna är Mäklarmodellen, Klinisk case management, Resursmodellen, Rehabiliteringsmodellen, Aktive community treatment (ACT) och Intensiva case management- modellen (ICM).

Den första modellen är *Mäklarmodellen*, i den har case managern en sparsam direktkontakt med klienten. Han/hon har heller inte någon behandlande eller rehabiliterande funktion utan fungerar såsom namnet antyder som mäklare eller förmedlare av insatser.

*Klinisk case management* är en vidareutveckling av Mäklarmodellen. Här har case managern, förutom planering, förmedling, samordning av insatser, också vissa egna behandlings- och rehabiliteringsinsatser, så som krisintervention, social träning och familjestöd.

En tredje modell är *Resursmodellen*. Denna modell utgår uttalat från klientens självbestämmande, egna val och resurser i stället för från klientens psykopatologi och problem. Modellen försöker stärka och utveckla den enskildes resurser genom att hitta sammanhang och insatser som kan strukturera dessa, t ex boendeträning och arbetsträning.

*Rehabiliteringsmodellen* har många likheter med Resursmodellen. Här betonas dock den enskildes egna önskemål och val, snarare än målsättningar för insatser definierade av vårdsystemet. Det specifika är betoningen på insatser riktade mot brister i sociala och instrumentella färdigheter, som hindrar den enskilde att leva i samhället och uppnå sina personliga mål. De sista två modellerna brukar uppfattas som högintensiva modeller av case management eftersom de bygger på hög tillgänglighet och i motsats till de andra nämnda modellerna, omfattande stöd- och behandlingsinsatser.

Den femte modellen är *Assertive community treatment (ACT)*, ett behandlingsprogram som riktar sig till svårt långtidssjuka psykiatriska patienter som storkonsumerar psykiatrisk slutenvård. Kännetecknande för ACT är arbetet i tvärdisciplinära team med vård, stöd och rehabiliteringsinsatser i klientens egen miljö. Teamet utför själv insatserna snarare än förmedlar dem. Tillgänglighet dygnet runt är också ett kännetecken för ACT.

Slutligen finns den *Intensiva case management modellen (ICM)*. Den utvecklades för samma målgrupp som ACT, det vill säga den grupp av svårt långtidssjuka psykiatriska

patienter som var storkonsumenter av psykiatrisk slutenvård och inte kunde engageras i de traditionella metoderna av case management. Här finns stora likheter med ACT- modellen. En skillnad är dock att arbetet inte sker i form av team utan av en enskild case manager.

I utvärderingen av de svenska försöksverksamheterna med personliga ombud kunde emellertid inte någon enskild case management metod urskiljas (Björkman 2000), i stället tillämpas en blandning av mäklarmodellen och resursmodellen som arbetsätt.

Sammanfattningsvis har funktionen personligt ombud i egenskap av personlig samordnare för psykiskt funktionshindrade gjort entré i det sociala landskapet. I ett drygt hundratal av Sveriges kommuner utvecklas och prövas i dag nyinrättade personligt ombudsverksamheter, dessa skall följas upp och utvärderas av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, pressmeddelande 20004-06-16). Avslutningsvis kan konstateras att Socialstyrelsen för närvarande utreder möjligheterna att erbjuda psykiskt funktionshindrade laglig rätt till personligt ombud eftersom utvärderingarna visar på ett så gott resultat.

## 3. TIDIGARE FORSKNING

### 3.1 Internationell forskning

Det har genomförts en mängd internationell forskning av olika case management-modeller och deras effekt, men inga entydiga svar har kunnat ges. I en forskningsöversikt av Mueser, Bond, Drake & Resnick (1998) av studier som undersökt *Assertive community treatment (ACT)* och *Intensiva case management modellen (ICM)*, jämfördes dessa med lågintensiva case management modeller och med standardbehandling. Det vill säga jämförelsen gjordes med personer, som i vissa fall hade en case manager som arbetade efter någon av de så kallade lågintensiva modellerna eller med personer som endast erhöll standardbehandling, i form av psykiatrisk öppenvårds- och socialtjänstinsatser. Det tydligaste resultatet var att personer som fick insatser i form av ACT eller ICM hade kortare inläggningstider inom psykiatrisk slutenvård än personer med lågintensiva case management-insatser eller standardbehandling. I en forskningsöversikt över studier av lågintensiva case management-modeller (Marshall & Lockwood 2002), visas på negativa effekter i jämförelse med standardbehandling. Översikten visade att fler personer, blev kvar längre i behandling när case management metoder användes. Översikten indikerar också att dubbelt så många personer läggs in i psykiatrisk slutenvård. Inte heller kunde några bättre resultat konstateras än standardbehandling vad gäller psykisk hälsa, livskvalitet eller social funktion. Med bakgrund av detta ifrågasätter forskarna värdet av denna typ av case management-insatser. I en liknande försökningsöversikt, av i princip samma studier (Ziguras & Stuart 2000), användes inte lika stränga kriterier som i ovan nämnda översikt, forskarna valde här att få en helhetsbild av effekterna genom att även lägga in sociala faktorer i sina studier. De sociala faktorer som forskarna menar att det fanns positiva effekter på var, en förbättrad social funktion och en bättre självupplevd tillfredsställelse, dessa positiva effekter gällde både klienter och deras anhöriga. Forskningsöversikten visade även på positiva effekter vad gällde minskade symtom. Sammanfattningsvis, studier med fokus på medicinska variabler så som symtom och behandling visar inga entydiga skillnader för den enskilde jämfört med innan han/hon fick case managementinsatser. Studier som även undersöker sociala faktorer visar däremot på positiva effekter, detta i form av bland annat en förbättrad social funktion.

## 3.2 Svensk forskning

I Sverige genomfördes studier med en 18 månaders-utvärdering av de tio försöksverksamheterna. Resultatet av dessa studier presenterades i Socialstyrelsens psykiatriuppföljning (1999:3) och i en avhandling av Björkman (2000). Huvudsyftet med dessa var att undersöka effekter på eller vilken inverkan försöksverksamheternas insatser hade på klienternas livssituation och eventuella förändringar i resursutnyttjande. Här kunde en minskning av det aktuella vårdbehovet ses samt även en minskning av otillfredsställda vårdbehov. Även konstaterades en positiv förändring i klienternas psykosociala situation, sociala nätverk och i livskvalitet.

I juni 2004 presenterade Socialstyrelsen en sexårs-uppföljning av dessa verksamheter (Socialstyrelsen 2004). Även här konstaterades positiva förändringar i klienternas psykosociala funktion, det vill säga att 45 av de 91 personer som ingick i uppföljningen uppgav att de hade meningsfull daglig sysselsättning, jämfört med endast 28 av 91 sex år tidigare. När det gäller sociala kontakter så uppgav 75 av 91 att de träffade vänner mer än en gång i månaden vid uppföljningen. Detta kan jämföras med endast 36 av 91 vid utvärderingens början.

Det fanns också en minskning av livsområden där personerna var i behov av vård och stöd, framförallt minskade otillfredsställda sociala behov såsom daglig sysselsättning, sociala kontakter samt av stöd för att få tillgång till sociala förmåner. Den minskning av psykiatriskt slutenvård- och öppenvårdsbehov som visade sig redan i treårs-uppföljning (Socialstyrelsen 1999:3) har fortsatt att minska i sexårs-uppföljningen (Socialstyrelsen 2004). Antalet inlagda klienter var vid försöksverksamheternas början i genomsnitt 61 dagar för den senaste 18 månaders perioden. Vid sex års-utvärderingen var motsvarande antal endast fyra inläggningsdagar under den senaste 18 månadersperioden.

I sexårs-utvärderingen (a.a.) undersöktes även den självupplevda stigmatiseringen. Här uppgavs att stigma i form av diskriminerande bemötande från omgivningen var ovanligt. Studien visade att mindre uttalade symtom och en bättre psykosocial förmåga minskade risken för ett diskriminerande beteende från omgivningen. Även faktorer som större livstillfredsställelse, ett fungerande nätverk och en hög grad av upplevd ”empowerment” motverkade den upplevda stigmatiseringen. Den upplevda stigmatiseringen hade i studien ett klart samband med hur mycket psykiatrisk vård klienten erhållit innan uppföljningen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att studierna av de svenska försöksverksamheterna för personligt ombud har påvisat stora förbättringar inom en rad områden för verksamheternas

klienter. Studierna visa på minskade behov av psykiatrisk vård och en självupplevd förbättring av det psykosociala välmåendet samt ett förbättrat socialt nätverk. Något som den tidigare forskningen inte har undersökt är vad det är i själva insatsen personligt ombud som faktiskt har haft denna positiva inverkan på den enskildes liv. Med andra ord om det är insatsen i sig, eller om det är något i det konkreta mötet mellan två människor (som i det här sammanhanget kallas personligt ombud och klient men likväl är två konkreta personer) som bidragit till dessa förändringar.

I Socialstyrelsens pressmeddelande (2004-06-16) berättas att sexårsutvärderingen som jag ovan redogjort för är den första i en serie rapporter som kommer att publiceras det närmsta året om de cirka 100 personligt ombudsverksamheterna som i dag finns runt om i Sverige.

## 4. SOCIAL RESPONSIVITET

I uppsatsen används Asplunds socialpsykologiska teori om *social responsivitet* (Asplund 1987). Asplund utgår från att människan är en social varelse med ett medfött behov av att socialisera och att hon därför förhåller sig responsiv till en eller flera människor i sin omgivning för att få behovet av att socialisera tillgodosett. Asplund bygger denna teori kring två grundläggande element, *socialitet* och *responsivitet*. Han betonar att det är kombinationen av dessa båda begrepp som utgör kärnan i denna teori, inte den inbördes ordningen. Teorin skulle alltså även ha kunnat benämnas som teorin om responsiv socialitet.

Orden social och respons har sitt ursprung i de latinska orden *socialis* som betyder sällskaplig och *respondere* som betyder svara. Grunden i teorin handlar alltså om människans sällskaplighet och hennes medfödda benägenhet att svara när det ställs frågor till henne. Det mänskliga behovet av social responsivitet kan ibland vara så starkt att människan ofta ställer frågor bara för att ges möjligheten att svara. Teorin behandlar även inskränkningar i människans sociala responsivitet. Asplund (aa) beskriver motsatsen till den sociala responsiviteten som *asocial responslöshet*, vilket inte anses som ett medfött mänskligt beteende, utan som ett inlärt beteende där responsen på socialiteten helt uteblir.

Socialiteten delar Asplund (a.a.) upp den i två socialitetsformer: *konkret-* och *abstrakt socialitet*. Han härleder även dessa sociala relationsformer till olika sociala organisationsformer. Han exemplifierar detta med dagens vård där besparingskrav och omorganiseringar leder till en förskjutning i kontakten mellan hjälpare och hjälpmottagaren, från en konkret socialitet till en abstrakt socialitet.

Dessa båda socialitetsformers kännetecken beskrivs i psykiatriuppföljningen (Socialstyrelsen 1998:5). Den *konkreta socialiteten* kännetecknas av emotionalitet och informella överenskommelser. Relationerna är direkta, ömsesidiga och icke utbytbara, de kännetecknas av en ”närvaro” där språket används som brygga och är rikt på betydelse. I denna form av socialitet används konflikten som uttrycksform. Den *abstrakta socialiteten* kännetecknas av rationalitet och formella överenskommelser. Relationerna är indirekta, ensidiga och utbytbara, de kännetecknas av en ”frånvaro” där språket används som instrument och är fattigt på betydelse. I denna form av socialitet används konflikten som organisationsprincip (konkurrens).

Jag kommer nedan i tabell 1 *Socialitetsformernas karaktäristika* att redovisa kännetecknen för socialitetsformerna *konkret socialitet* och *abstrakt socialitet*, som de beskrivs av Socialstyrelsen (1998 s. 13).

Tabell 1

**Socialitetsformernas karaktäristika**

*Konkret socialitet*

*Abstrakt socialitet*

<i>Emotionalitet</i>	<i>Rationalitet</i>
<i>Hedersord/ informell överkommelse</i>	<i>Avtalet/ formell överenskommelse</i>
<i>Oförmedlad, direkt relation</i>	<i>Förmedlad, indirekt relation</i>
<i>Konflikten som uttrycksform</i>	<i>Konflikten som organisationsprincip (konkurrens)</i>
<i>Icke utbytbarhet</i>	<i>Utbytbarhet</i>
<i>"Närvaro"</i>	<i>"Frånvaro"</i>
<i>Ömsesidighet, subjekt</i>	<i>Ensidighet, objekt</i>
<i>Språket som brygga</i>	<i>Språket som instrument</i>
<i>Språket rikt på betydelse</i>	<i>Språket fattigt på betydelse</i>

Asplund (1987) menar att vi alla är, dels en konkret person, dels en abstrakt samhällsvarelse. Detta är en tvetydighet, eller dubbelhet då vi kontinuerligt bär med oss båda aspekterna. På samma sätt förhåller det sig också med social responsivitet. Den är konkret inom ramen för konkret socialitet och abstrakt inom ramen för abstrakt socialitet.

I konkret socialitet är socialiteten knuten till den konkreta pågående processen där aktörerna responderar eller reagerar på varandras handlingar inom ramen för en specifik och målinriktad aktivitet. Processen innefattar också konkreta känslor som uppstår i verksamheten och följer personens faser och rytmer.

Inom ramen för abstrakt socialitet finns ingenting annat än abstrakt socialitet. Interaktionen har inget syfte och responserna saknar förankring. Känslorna blir innehållslösa. De blir till abstrakta stämningar som föds och dör i en ändamållslösa interaktion.

Som ett exempel på en förändring från konkret till abstrakt socialitet (aa) används fru Svensson som alltid älskat sin man, det vill säga den konkreta personen herr Svensson. En morgon vid frukostbordet, upptäcker hon att hon inte har något annat gemensamt med sin man än det abstrakta äktenskapet. Den *figur* som sitter mitt emot henne förefaller henne genomskinlig och överklig. Hon upplever honom som en kopia av sig själv och som sådan både bekant och främmande. I detta exempel är alltså kärleken en utåtriktad process, vilken sträcker sig mot en konkret person. Asplund menar alltså att abstraktioner endast kan älskas i bildlig eller metaforisk bemärkelse.

Utifrån samma resonemang behandlas även ett exempel sjukvårdaren och hans patienter. Dessa är i likhet med alla oss andra, dels konkreta personer, men även abstrakta samhällsvarelser. Även den sjukvårdande verksamheten är på samma vis dubbel. Den är dels en konkret social verksamhet, dels ett rent socialt vara. Så länge den konkreta sidan dominerar fungerar även den sociala interaktionen mellan de inblandade. Om den abstrakta sidan tar över finns det risk för en dysfunktionell verksamhet då interaktion mellan abstrakta samhällsvarelser inte genererar några känslor, utan kännetecknas i stället av känslobortfall, känslostopp eller känslolöshet.

## 5. METOD

### 5.1 Val av metod och teoretiskt perspektiv

Syftet med föreliggande undersökning är som nämnts tidigare att söka kunskap om enskildas upplevelse av sitt personliga ombuds insatser och dessa insatsers inverkan på livssituationen. Med detta som utgångspunkt valdes den kvalitativa forskningsintervjun som metod för att samla in data. Vidare genomsynd studien av ett fenomenologiskt förhållningssätt, eftersom jag avsåg att undersöka informanternas personliga upplevelser av sin livsvärld så är valet av ett fenomenologiskt perspektiv relevant (Kvale 1998). Då ett fenomenologiskt perspektiv fokuserar på den enskildes livsvärld, en öppenhet för dennes upplevelser av denna samt att tolkaren sätter sin förkunskap inom parentes. Perspektivet innebär även ett sökande efter oföränderliga väsensmeningar i beskrivningarna (Kvale 1998). Det kan också beskrivas som att forskaren försöker sätta den vardagliga och vetenskapliga förförståelsen av fenomenet inom parentes för att komma fram till en förutsättningslös beskrivning av fenomenets väsen (a.a.).

I det här fallet är fenomenet det personliga ombudets insatser, eller snarare upplevelsen av dessa insatser och deras effekter hos berörda informanter. Jag använde detta perspektiv i mina intervjuer eftersom jag ville undersöka informanternas upplevelser av sina personliga ombuds insatser och inverkan på deras liv. Ambitionen var således att minimera risken för att min förförståelse skulle påverka informanternas svar under intervjuerna genom att använda mig av detta teoretiska perspektiv.

### 5.2 Litteratursökning

Jag började mitt uppsatsarbete med att söka litteratur, framförallt användes Stockholms universitets bibliotekskatalog och Libris sökmotorer. Dessutom användes andra databaser såsom PsycINFO, PsycARTICLES och Ebsko host. Sökorden var bland andra: *personligt ombud*, *case management*, *schizophrenia* och *psykiatrireformen*, vilka gav flera träffar som ledde vidare till ett antal söksträngar, det vill säga att jag gick vidare via referenshänvisningar som jag fann i litteraturen. Jag sökte även litteratur via Internet, här användes google ([www.google.se](http://www.google.se)) som sökmotor. Vid dessa sökningar använde jag de sökord jag tidigare nämnt, vilka gav en enorm mängd träffar. De träffar jag har haft nytta av är framför allt regeringens hemsida ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)) och Socialstyrelsens hemsida ([www.sos.se](http://www.sos.se)).

### **5.3 Val av informanter**

Eftersom jag valde att intervjua personer med psykiska funktionshinder var valet av informanter inte okomplicerat. Dessa människor befinner sig ofta i en utsatt situation, därför gjordes flera etiska överväganden innan jag överhuvudtaget började söka efter personer som kunde vara intresserade av att delta i min undersökning. Jag sökte informanter genom att skicka brev till nio personliga ombud för vidare distribution till klienter som har ett personligt ombud (se bilaga 1). Sju personer som hörde av sig, men eftersom fem av dem var tveksamma bestämdes att det var bättre att avstå från att delta än att de skulle ångra sig efteråt. Detta restriktiva förhållningssätt har sin grund i de etiska överväganden som jag senare kommer att redogöra för. Intervjuer genomfördes således med två återstående informanter. Genom en personlig bekant kom jag dessutom i kontakt med ytterligare en person som har personligt ombud och som tackade ja till medverkan i min undersökning. Det är med andra ord tre personer som deltar som informanter i min undersökning.

### **5.4 Intervjuerna**

Tre halvstrukturerade intervjuer genomfördes med personer som har insatsen personligt ombud. Innan intervjuerna genomfördes informerades de om intervjuens syfte och om att deltagandet i undersökningen var frivillig. Vi gick även tillsammans igenom det brev jag tidigare skickat (bilaga 1). Informanterna fick avgöra var intervjuerna skulle göras. Två valde att komma till Socialhögskolan där jag bokat ett samtalsrum medan en tredje valde att intervjuas i sitt hem. Intervjuerna tog mellan 45 minuter och 90 minuter och de spelades in med bandspelare för senare transkription. Vid de två intervjuer som genomfördes på Socialhögskolan bjöd jag på fika i kafeterian före intervjuerna för att skapa en avspänd och trygg situation, såväl för mig som för informanterna.

### **5.5 Frågeguide**

Jag använde mig av fem öppna frågor i mina intervjuer (bilaga 2). De frågor jag använde mig av var följande: ”Kan du beskriva så detaljerat som möjligt vad det innebär för dig att ha ett personligt ombud?”, ”Vad var det som gjorde att du ansökte om att få ett personligt ombud?”, ”Vad är det som är viktigast för dig i kontakten med ditt personliga ombud?”, ”Vilken nytta har du haft av ditt personliga ombud?” och ”Har ditt personliga ombuds insatser haft någon inverkan på ditt vardagsliv?”. Min idé var att börja intervjuerna med en öppen fråga så att informanterna fick berätta om sina upplevelser av vad det har inneburit för just henne/honom

att ha ett personligt ombud. På så sätt fick varje intervju olika förlopp, där informanterna fritt fick beskriva sina upplevelser utan att jag gick in och styrde i intervjuerna. Intervjufrågorna användes mer som stöd för att kunna gå vidare i samtalen än som konkreta frågor.

## 5.6 Transkription

Jag transkriberade personligen alla intervjuerna. Detta är att föredra då transkriptionen innebär ett nytt sammanhang som kan ge utrymme för andra reflektioner och slutledningar (Malterud 1998). Kvale (1998) betonar att transkriptionen inte är ett administrativt åtagande utan en grannliga uppgift där analysen av data börjar. Jag har skrivit ut intervjuerna så ordagrant som möjligt. I mina transkriptioner markeras pauser (...), samt större känslouttryck såsom skratt (skratt) och gråt (gråt). Jag skrev ut intervjuerna med radavstånd två, detta för att kunna göra markeringar och anteckningar vid mina genomläsningar av dem. Utskrifterna av intervjuerna omfattade åtta, femton och nitton sidor text, alltså sammanlagt 42 sidor. Jag läste noggrant igenom de transkriberade texterna flera gånger. Denna noggrannhet valdes för att innan analysen få en större känsla för vad som sades under intervjuerna och att därigenom få så korrekt data som möjligt av de upplevelser de beskrev under intervjuerna till min analys.

## 5.7 Analys av transkriptionerna

Analysen av insamlade data gjordes utifrån ett fenomenologiskt perspektiv (Malterud 1998). Där jag först förutsättningslöst läste igenom mina utskrifter för att få ett helhetsintryck av materialet. Jag försökte också att aktivt arbeta för att lägga min förförståelse och mina teoretiska referensramar åt sidan vid analysen av min data. Därefter delade jag in texten i de teman som framskyntat vid läsningen av materialet. De teman jag använde var *problemområden, samordning, delaktighet, bemötande, makt och tillgänglighet*. Därefter följde en systematisk genomgång av texterna för att identifiera meningsbärande enheter, det vill säga text som bär med sig kunskap om de teman jag tidigare delat upp texten i. De meningsbärande enheterna kodade jag sedan, det vill säga systematiserade. Jag gick sedan igenom varje kodgrupp för sig, för att omformulera citat till koncentrat och för att söka innebörden, det vill säga göra en kondensering. Slutligen gjordes en sammanfattning, en så kallad rekonstruktion. Denna rekonstruktion använde jag sedan som grund för att välja ut de underrubriker som jag redovisat undersökningens resultat. Dessa rubriker är: *psykiatrisk*

*slutenvård, psykiatrisk öppenvård, anledningen till att söka personligt ombud, det personliga ombudets insatser samt relationen till det personliga ombudet.*

## **5.8 Validitet**

Att validera innebär att ifrågasätta kunskapens giltighet (Malterud 1998). Hon menar vidare att validering är ett viktigt medel för kritisk reflektion under hela forskningsprocessen, där frågan ”vad är detta giltigt för och under vilka förutsättningar?” är ett bra verktyg för denna kontinuerliga valideringsattityd (a.a.). Jag har försökt att under hela forskningsprocessen ställa mig denna fråga, eftersom det är många faktorer som kan ha en påverkan på validiteten under hela undersökningsprocessen (Ruth 1991). Jag försökte att hålla ett fenomenologiskt förhållningssätt till materialet under hela processen för att inte låta min förförståelse påverka validiteten. Ur validitetssynpunkt är mitt val av metod, en kvalitativ intervju relevant då jag ämnar undersöka informanternas upplevelser (Kvale 1998). Kvale talar om värdet av att tankar kring validiteten får genomsyra hela forskningsprocessen. I föreliggande studie innebär det att jag under hela processen har funderat över vad som är giltigt och under vilka förutsättningar. Samt vad som kan ha en påverkan på validiteten i denna studie, såsom till exempel min ovana som intervjuare, en ovilja hos informanterna att lämna sanningsenliga svar till en okänd person. Listan skulle kunna göras betydligt längre, men förhoppningsvis belyser dessa exempel mina överväganden.

## **5.9 Reliabilitet**

Reliabiliteten är kravet på tillförlitlighet. Den vetenskapliga kunskapen kännetecknas av att forskaren systematiskt har ifrågasatt om det finns mekanismer som kan introducera tillfälliga fel i kunskapsutvecklingen (Malterud 1998). Reliabilitetsfrågan hänför sig alltså till forskarens förutsättningar att uppfatta de fenomen han ger sig in på att studera (Ruth 1991). Det kan även beskrivas som att forskaren är medveten om var gränserna går för sin egen upplevelsevärld och att han sätter sina egna värderingar och favoritteorier åt sidan (Kvale 1998). Jag har med den utgångspunkten försökt att genomföra intervjuerna utan styrning så att informanterna kunde berätta om sina upplevelser utan att jag gick in och styrde. Det finns ändå en mängd saker som skulle kunna ha påverkat reliabiliteten i undersökningen, såsom min oerfarenhet att intervjua skulle kunna leda till missförstånd mellan mig och informanten men även min oerfarenhet att göra analyser skulle kunna ha en negativ inverkan vad gäller reliabiliteten.

## 5.10 Generaliserbarhet

Malterud (1998) beskriver generaliserbarhet som ett begrepp som kan inbjuda till orealistiska förväntningar på möjligheter för en allmän tillämpning. Hon menar att forskningen bara i undantagsfall kan ge allmängiltiga svar som gäller alla människor i alla typer av samhällen under varje historisk förutsättning. I föreliggande studie är det svårt att uttala sig om generaliserbarheten då den utgår från data från tre intervjuer. Vad den visar är hur tre personer som har ett personligt ombud upplever att dennes insatser. Därmed kan ju med ett fenomenologiskt perspektiv förhoppningsvis en större förståelse öppnas för de intervjuades livsvärld, denna ökade förståelse kanske kan göra det lättare att uttala sig om generaliserbarheten av denna studies data..

## 5.11 Etiska överväganden

Min undersökning var etiskt problematisk, eftersom jag intervjuade personer med psykiska funktionshinder. Det var problematiskt eftersom de befann sig i en utsatt position på grund av sitt funktionshinder. Därför var det naturligt och självklart att göra etiska överväganden. De forskningsetiska principer jag utgick från har utarbetats av Humanistisk-samhällsvetenskaplig forskningsrådet 1990 (Akademikerförbundet 1997). I mina överväganden vägde det så kallade forskningskravet, det vill säga kravet från samhället att forskning bedrivs för samhällets utveckling mot individskyddskravet.

Jag la dock tyngdpunkten för mina etiska överväganden på skyddet av individen. Här utgick jag från de fyra allmänna huvudkrav som forskningsrådet delar in individskyddskravet i, *informationskravet*, *samttyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjanderättskravet*.

Utifrån Informationskravet informerades eventuella informanter om syftet med undersökningen och om deras uppgift i denna. Jag informerade vidare om att deras deltagande var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Denna information gavs både muntligt och skriftligt (bilaga 1).

Samtlyckeskravet tillgodosågs genom att ge informera både muntligt och skriftligt om förutsättningarna för undersökningen och de intervjuades del i denna. Jag berättade alltså om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande och därigenom även dra tillbaka sitt samtycke till deltagande i studien.

Konfidentialitetskravet tillgodosågs genom att de personer som medverkade i undersökningen och den information de lämnade inte kommer att användas till något annat än

det vi kommit överens om. All data kommer att behandlas konfidentiellt och personliga data kommer att ändras i vederbörlig ordning för att informanterna inte ska gå att identifiera utifrån uppgifter i uppsatsen. Även denna information gavs i både muntlig och skriftlig form.

Slutligen tillämpades nyttjanderättskravet, med andra ord informerades intervjupersonerna om att den information jag fick i intervjuerna endast skulle användas i min uppsats och inte i något annat sammanhang.

## **5.12 Avgränsningar**

I min undersökning kommer jag att koncentrera på informanternas upplevelser av sitt personliga ombuds insatser och av de traditionella vård- och stödinsatser de tidigare erhöll. Jag använder mig av ett fenomenologiskt perspektiv genom hela studien, vilket bland annat kommer till uttryck under intervjuerna och i analysen av intervjumaterialet. Det är den enskildes upplevelse som är i fokus i uppsatsen. Jag genomför analysen med hjälp av Asplunds (1987) socialpsykologiska teori om social responsivitet, särskilt hans två teoretiska begrepp *abstrakt socialitet* och *konkret socialitet*, som förklaras i ett teoretiskt kapitel samt i analyskapitlet (kapitel 4 & 7).

## **6. RESULTAT**

### **6.1 inledning**

I det här kapitlet presenteras resultatet av mina tre intervjuer, men först presenteras var och en av informanterna. Därefter redovisar jag deras upplevelser av det personliga ombudets insatser och deras erfarenheter av den traditionella vården. Redovisningen fokuserar först på informanternas upplevelse av den traditionella sluten- och öppenvården. Sedan berörs anledningen till att söka personligt ombud, det personliga ombudets insatser samt relationen till det personliga ombudet. Avsikten är att klargöra anledningen till att söka personligt ombud, det personliga ombudets insatser samt relationen till det personliga ombudet.

### **6.2 Presentation**

Nedan presenteras informanterna var för sig. Jag har avidentifierat dem genom att ändra på viss personlig information för att garantera deras anonymitet. Deras eventuella psykiatriska diagnoser betraktas inte som relevant i undersökningen. Jag utgår dock från att de har en psykiatrisk diagnos eftersom de tillhör den så kallade målgruppen och har blivit beviljade personligt ombud.

#### **6.2.1 Lisa, 35 år**

Lisa är gift och lever med sin man och deras son norr om Stockholm. Tidigare har hon arbetat inom restaurangbranschen, men har sedan något år varit sjukskriven på grund av sin psykiska problematik. Hon fick insatsen personligt ombud beviljad för knappt ett år sedan. Hon träffar ombudet cirka två gånger i veckan och har möjlighet att ringa däremellan. Lenas ombud arbetar måndag till fredag på dagtid.

#### **6.2.2 Lasse, 50 år**

Lasse bor i Roslagen och är ensamstående. Han psykiska problematik började när han gick i gymnasiet. Detta har medfört att han tidigare endast haft några olika ströjobb. Han har ofta varit inlagd på psykiatrisk avdelning. Han fick insatsen personligt ombud beviljad för två år sedan. Han träffar sitt ombud två, tre gånger i månaden och har möjlighet att ringa däremellan. Lasses ombud arbetar måndag till fredag på dagtid.

### 6.2.3 Lena, 60 år

Lena bor i centrala Stockholm och är änka sedan hennes man gick bort för några år sedan. Hon lever ett aktivt liv och har ett stort socialt nätverk. Hennes psykiska problem började redan på 1960-talet och då blev hon inlagd på psykiatrisk avdelning första gången. Hon fick insatsen personligt ombud beviljad för drygt ett år sedan. Hon träffar sitt ombud två gånger i månaden och har möjligheten att ringa däremellan. Lenas ombud arbetar måndag till fredag på dagtid.

## 6.3 Vistelsen inom psykiatrisk slutenvård

Att vårdas på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning beskriver Lisa som en tid präglad av ensamhet. Hon bad alltid sin man att inte komma och hälsa på, eftersom hon inte ville att deras son skulle se henne i den situation hon befann sig i. Hon valde även att avstå från besök av sina vänner då hon upplevde att det fanns risk för ryktesspridning och att de skulle förstora hennes problem. Den sociala kontakten på en avdelning beskrevs som styrd av den organisatoriska strukturen, där utrymmet för spontana samtal var begränsat. Som exempel tar hon upp en gång när hon vaknade på natten och ”behövde prata”. Hon fick då rådet att lägga sig så skulle hon få någon att tala med nästföljande dag. Det sätt hon hanterar känslan av ensamheten beskriver hon som följande: *”jag stänger av när jag är på sjukhus”*.

Lasse beskriver sina vistelser inom psykiatrisk slutenvård som perioder av hög medicinering, *”jag var ju så nerdrogad”*. Han ser dock en skillnad mellan de låsta slutenvårdsavdelningar där han behandlades enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Tiden på dessa avdelningar upplevs som en tid av diffusa minnen, på grund av den höga medicineringen, *”jag hade ju en kanyl i armen hela tiden”*. När han varit frivilligt inlagd har behandlingen inte enbart bestått av medicinering utan även av samtal med psykolog och läkare. Dessa samtal skedde på tider som var avtalade i förväg. Det spontana sociala umgänget framställer han i huvudsak som kontakter med andra patienter, *”man snackar ju i rökrummet”*. Miljön på en slutenvårdsavdelning uppfattar han som kaotisk och stökig *”det var ju någon som fick utbrott varje timme”*. För att kunna klara av denna miljö så var hans strategi att hålla sig undan, *”jag försöker hålla mig på mitt rum”*.

Lena vårdades på psykiatrisk avdelning första gången redan på 1960-talet. Hon berättar att patienternas pengar låstes in och att de var tvungna att få tillstånd från personal för att få ta ut sina egna pengar. Hon skildrar detta som *”förnedrande”*. Från en dag till en annan förlorade hon sin mänsklighet, hon uppfattades som *”en ickemänniska (...) utan några som helst*

*rättigheter*". Hon framställer bemötandet av patienter i dåtidens psykiatriska vård som om hon *"var en människa som inte fanns"*. Överhuvudtaget uppfattade hon den gamla psykiatrin som ett ställe där *"marginaliserade"* samlades. Något som Lena anser fanns då och delvis även finns kvar i psykiatrin är ett *"vi-och-dom-tänkande"* som innebär att personalen alltid har *"tolkningsföreträde"*, oavsett om den är medveten eller omedveten om det: *"även om dom inte tror att dom inte har det, så har dom det ändå, det känner man omedelbart"*. I kontakten med dagens psykiatri tar hon även upp en pessimism, som hon upplever finns. Denna handlar om att personalen uppfattar människor som har blivit psykiskt sjuka som icke botbara, med andra ord att de inte kan bli friska, *"en gång sjuk alltid sjuk"*. Det finns dock vissa enskilda människor inom psykiatrin som hon upplever har en annan, en mer positiv syn.

### **6.3.1 Sammanfattning**

Alla intervjupersonerna beskriver den traditionella psykiatriska slutenvården som en miljö styrd av formella strukturer. Möten med anställda sker vid avtalade möten, där tider i förväg har avtalats. Överhuvudtaget återges mötet med slutenvården i negativa ordalag.

## **6.4 Kontakten med den psykiatriska öppenvården**

Kontakten med den psykiatriska öppenvården beskriver Lisa som problematisk vad gäller tillgängligheten. När hon behöver akut hjälp så är det ofta omöjligt att få tag på någon personal. Ibland slarvar personalen med att ringa tillbaka. Hon berättar att hon en dag *"ringde till psykiatrin och sökte någon läkare eller så, då sa de att han skulle ringa upp mig (...) så jag väntade och väntade, men han ringde aldrig"*. Effekten av svårigheten att komma i kontakt med den person hon sökte, och den utsatthet och negligens hon kände eftersom ingen ringde tillbaka, gjorde henne arg och upprörd. Ilskan övergick sedan i en uppgivenhet, som gjorde att hon kände att hon *"inte orkade göra någonting längre"*. Lisa upplevde också att personalen inte lyssnade på henne. Hon kunde inte heller vara med och påverka sin vård. Överhuvudtaget beskriver hon personalens bemötandet i negativa ordalag. När hon förklarade att hon inte orkade gå tillbaka till sitt arbete avfärdades detta som *"en period som går över"*. Hon kände att ingen lyssnade eller tog henne på allvar, i stället började hon förlora självförtroendet. Hon skildrar även personalens inkompetens rörande samhällsförhållanden, vilket ledde till att de gav henne direkt felaktig information om hennes rättigheter enligt de svenska arbetsmarknadslagarna.

Kontakten med öppenvården framhåller Lasse som en fungerande kontakt, emellertid är personalen alldeles för fokuserade på mediciner.

Kontakten med den psykiatriska öppenvården tycker Lena fungerar bra och att hon säger sig ha haft turen att träffa bra människor där. Något hon saknar är emellertid ett bredare kunnande, ett mer samhällsorienterat perspektiv. Hon anser att psykiatrin aldrig har varit orienterade i samhället och att det ibland "är som om de satt i en bunker". Hon är förundrad över att de, som hon uppfattar som "*bra och kunniga personer*", känner till så lite om världen utanför psykiatrin, vilket hon uppfattar som "anmärkningsvärt".

#### **6.4.1 Sammanfattning**

Kontakten med den psykiatriska öppenvården beskrivs som en kontakt som fokuseras på psykiatriska behandlingen, det vill säga medicinering. Två av informanterna saknar dessutom en bredare kunskap, av en mer samhälllig natur. Psykiatrin uppfattas till och med som isolerad från resten av samhället.

### **6.5 Anledningen till att söka personligt ombud**

Anledningen till att Lisa sökte personligt ombud var hennes komplexa livssituation. Hon förklarar att en samordning av samhällets stödinsatser saknades, men också att hon hade problem med försäkringskassan. Detta medförde en känsla av hopplöshet. Hon kände sig så utmattad att hon "*inte orkade göra någonting längre*". Hon berättade för en bekant i sin församling om sin situation och den förtvivlan hon kände. Hon fick då rådet att söka ett personligt ombud för att få hjälp att reda ut sina problem.

Den bakomliggande problematik som ledde till att Lasse ansökte om personligt ombud beskriver han vara av både ekonomisk och social natur. Han hade stora skulder som hade hamnat hos kronofogden då han inte hade skött sina avbetalningar. Han brukade mest tillbringa sina dagar i den lägenhet han hade på ett hotellhem. Detta ledde till en isolering som gjorde att han mådde sämre. En läkare i den psykiatriska slutenvården uppmuntrade Lasse att söka personligt ombud eftersom "han inte var nöjd med boendesituationen".

Lena berättar om den kris hon hamnade i, för några år, sedan när hennes man gick bort. Hon var tvungen att från en dag till en annan sköta allt, både praktiskt och ekonomiskt själv. Detta blev henne övermäktigt och hon kände att hon inte kunde klara av det. Lena tog därför kontakt med psykiatrin och träffade en kurator "*som tipsade om att jag kunde söka ett personligt ombud*".

### 6.5.1 Sammanfattning

Ekonomiska problem var en genomgående anledning till att alla sökte personligt ombud. Även problem med boendet och kontakten med myndigheter var bidragande orsaker. Informationen om att de kunde söka personligt ombud fick en informant genom en vän i kyrkan, medan de andra tipsades av personal inom psykiatrins öppen- respektive slutenvård.

## 6.6 Det personliga ombudets insatser

Samordningen är en viktig del i det personliga ombudets arbete för Lisa. Hon beskriver det som *"en stor skillnad att inte ha ansvaret ensam"*. Hon upplever att det som en lättnad att tillsammans med sitt ombud kan gå igenom sina svårigheter och att de sedan *"kan hitta olika vägar"* för att lösa det aktuella problemet. Den oro och stress hon tidigare upplevde när hon ensam hade ansvaret *"för att lösa alla svårigheter"* tycker hon har försvunnit. Även ombudets stöd i kontakten med andra myndigheter skildrar Lisa som något som har varit till stor nytta för henne och som dessutom har stärkt hennes självkänsla och möjlighet att hävda sin ståndpunkt i olika myndighetskontakter. Tillgängligheten av sitt ombud framhåller hon som god. Hon tycker det ger en stor trygghet att ha möjligheten att ringa om det skulle dyka upp något problem.

Även Lasse anser att samordningen och stödet i kontakten med myndigheter har varit till stor nytta. Att tillsammans med sitt personliga ombud kunna gå igenom sin livssituation och finna lösningar har inneburit en stor trygghet. De områden han anser som centrala är ekonomi, boende och psykiatri. Den hjälp Lasse fick med att reda ut sina ekonomiska problem beskriver han som att *"vi kontaktade kronofogden så jag fick göra en avbetalningsplan"*. Även vid kontakten med socialförvaltningen upplever Lasse att hans personliga ombuds stöd har stor del i att han fick ett försökskontrakt till en egen lägenhet. Lasse tycker att kontakten med psykiatri har förändrats sedan han fick sitt personliga ombud: *"dom har minskat medicinerna (...) dom lyssnar nu"*. Ett annat område som Lasse berör när det gäller hans ombuds insatser är det sociala nätverket. Tidigare hade han svårt att vara i folksamlingar, *"förut kunde jag inte ens gå in på ICA (...) för jag fick sådan panikångest"*. Han berättar om hur han tillsammans med sitt personliga ombud började ta sig ut och bryta sin isolering som dessa svårigheter skapade för honom. Han förklarar att de tillsammans åkte och handlade och han efterhand började märka *"att det inte var så farligt"*. Detta beskrivs som en gemensam resa där hans ombud *"var tålmodig"* och *"var med och stöttade"*. I dag kan han gå *"in i ett*

*proppfullt varuhus*” och att han har återfått kontakten med sina släktingar. Förklaringen anser han vara det personliga ombudets insatser. Eftersom han förklarar att ombudet *”vande mig att vara bland folk*” och *”det gjorde att jag kom jag tillbaka till livet, jag sitter inte bara hemma*”. Att det går lätt att nå sitt ombud via telefon uppskattar Lasse.

Det viktigaste för Lena när hon fick sitt personliga ombud var att få *”kontroll över ekonomin*”. Hon och hennes ombud *”tittade på ekonomin och försökte reda ut begreppen*” så att de kunde se att *”allt var i sin ordning*”. Detta tyckte hon *”kändes väldigt betryggande*”. De fortsatte sedan med att kartlägga hennes behov och Lena fick information om att hon hade möjligheten att ansöka om boendestöd och hemtjänst. Något som hon uppskattar är att hennes ombud *”har koll*” på de insatser hon får från socialtjänsten och psykiatrin, så att hon får de insatser hon har rätt till och behöver. Det har inte varit några problem hittills, men skulle det dyka upp något problem så kan hon alltid ringa: *”det känns som en trygghet om något inte skulle klaffa, då finns han där*”. Lena beskriver sitt personliga ombud som *”utomordentligt lämpad och väldigt kompetent*”.

### **6.6.1 Sammanfattning**

Genomgående för alla informanternas upplevelse av sina personliga ombuds insatser var vikten att gemensamt gå igenom problem och finna lösningar. Även stödet i kontakten med myndigheter sågs som centralt. Alla upplevde att ombudet var tillgängligt om något problem skulle uppstå, även om det bara innebar möjligheten att ringa ansågs det vara en trygghet för informanterna.

## **6.7 Kontakten med det personliga ombudet**

Lisa beskriver kontakten med sitt ombud som god, *”det är en person som finns, nästan hela tiden*”. Då hon har varit inlagd på psykiatrisk vårdavdelning så har hon uppskattat när hennes ombud har kommit och hälsat på. De dagarna uppfattade hon som ett avbrott i tristessen, de dagarna *”kändes det jätteskönt*”. Hon säger att det *”kändes som en personlig kompis eller någon från familjen, inte direkt, men nästan*”. Hon ser sitt ombud som en person som hon kan *”prata om sådant som hon inte kan prata med vem som helst om*”. Hon beskriver deras kontakt som att *”det känns som från två håll så där*”.

Det Lasse uppskattar i kontakten med sitt personliga ombud är att han *”kan prata om allt*” och att *”han är tålmodig*”. Lasse upplever aldrig någon stress i deras kontakt utan tycker att

hans personliga ombud *"alltid tar sig tid att lyssna"*. Han tycker att han kan prata om allt, *"inte bara mediciner"*. Lasse anser att de *"pratar nästan som kompisar, om allt möjligt"*.

Kontakten med sitt personliga ombud beskriver Lena som positiv. Hon säger att han inte har *"den där pessimismen"* som hon ofta träffat på tidigare inom psykiatrin. Hon tycker att de *"träffas på en jämlik basis"* och att *"han är en sympatisk man"* som hon *"känner sig trygg tillsammans med"*. Hon upplever att hon *"mår bra av att träffa honom"* och förklarar att *"även efter han har gått så mår jag mycket bättre"*.

### **6.7.1 Sammanfattning**

Kontakten med det personliga ombudet beskrivs ur ett maktperspektiv som en jämlik relation. Samtliga informanter skildrar själva mötet med ombudet som något positivt som får dem att känna sig bättre. De personliga ombuden betraktas av alla som en del av deras sociala nätverk eftersom han/hon alltid finns tillgänglig och relationen framställs som kamratlig eller vänskaplig.

## **6.8 Sammanfattning**

Samtliga informanter beskriver den traditionella vården innan de fick sitt personliga ombud som fokuserad på psykiatrisk behandling, som mediciner. Kontakterna var styrda av en formell organisationsstruktur. Detta upplevdes som en begränsning av informanterna eftersom deras funktionshinder medförde problem inom flera livsområden. Att få ett personligt ombud skildrades av alla som positivt. Samtliga har fått hjälp med problem inom flera livsområden och beskriver relationen till sitt ombud som god. De upplever att ombuden står för en god tillgänglighet. Detta beskrivs ge en trygghet i informanternas liv.

## 7. ANALYS

### 7.1 Inledning

I detta kapitel analyseras resultaten av undersökningen. Analysen utgår från Asplunds (1987) teoretiska begrepp konkret socialitet och abstrakt socialitet. Analysen utgår från mina informanternas upplevelser och beskrivningar som rör vistelsen inom psykiatrisk slutenvård, kontakten med den psykiatriska öppenvården, anledningen till att ansöka om personligt ombud samt personliga ombudets insatser och kontakten med det personliga ombudet.

### 7.2 Abstrakt socialitet

Den abstrakta socialiteten är socialiteten mellan två abstrakta samhällsvarelser. I analysen används detta begrepp för att tydliggöra undersökningens resultat, genom att analysera hur socialiteten påverkas av att en människa, från att varit en konkret person blir en abstrakt patient. Den abstrakta socialiteten kan beskrivas utifrån några karaktäristiska särdrag. Dessa har jag redovisat i tidigare kapitel, men väljer att även ha med dem i detta kapitel för att underlätta för läsaren att följa med i analysen. Den abstrakta socialiteten kännetecknas av rationalitet och formella överenskommelser. Relationen är indirekt och människorna uppfattas som utbytbara, som att det finns en ”frånvaro”. Kommunikationen är ensidig, språket används som instrument och är fattigt på betydelse. Den abstrakta socialiteten beskrivs av Socialstyrelsen (1998 s. 13) i tabellform som:

Tabell 2. Abstrakta socialitetens karaktäristiska

*Abstrakt socialitet*

<i>Rationalitet</i>
<i>Avtalet/ formell överenskommelse</i>
<i>Förmedlad, indirekt relation</i>
<i>Konflikten som organisationsprincip (konkurrens)</i>
<i>Utbytbarhet</i>
<i>”Frånvaro”</i>
<i>Ensidighet, objekt</i>
<i>Språket som instrument</i>
<i>Språket fattigt på betydelse</i>

## 7.3 Konkret socialitet

I motsatt till den abstrakta socialiteten så är den konkreta socialiteten en socialitetsform mellan två konkreta personer. Denna socialitet är medfödd och ett grundläggande behov vi alla har för att fungera som de sociala varelser vi är. Kännetecknen för den konkreta socialiteten är emotionalitet och informella överenskommelser. Relationen är direkt och människorna uppfattas som icke utbytbara, som att det finns en ”närvaro”. Kommunikationen är ömsesidig, språket används som en bro eller brygga och är rikt på betydelse. Den konkreta socialiteten beskrivs av Socialstyrelsen (1998 s. 13) i tabellform som:

Tabell 3. Konkreta socialiteten karaktäristiska

*Konkret socialitet*

<i>Emotionalitet</i>
<i>Hedersord/ informell överenskommelse</i>
<i>Oförmedlad direkt relation</i>
<i>Konflikten som uttrycksform</i>
<i>Icke utbytbarhet</i>
<i>”Närvaro”</i>
<i>Ömsesidighet, subjekt</i>
<i>Språket som brygga</i>
<i>Språket rikt på betydelse</i>

## 7.4 Vistelsen inom psykiatrisk slutenvård

### Abstrakt socialitet

*Lisa vaknar på natten och berättar för personalen på avdelningen att hon behöver någon att tala med. Hon blir tillsagd att lägga sig och får höra att hon kan prata nästföljande dag.*

*Detta bemötande leder till att, som Lisa beskriver det, ”stänger av” när hon är på sjukhus.*

Denna lilla episod kan tjäna som ett exempel på hur den abstrakta socialiteten kan yttra sig på en psykiatrisk avdelning. Den konkreta personen Lisa vaknar och känner att hon mår dåligt. Hon går till den konkreta personen som arbetar natt på avdelningen för att få tala med någon, men i stället för att svara Lisa som en konkret person väljer personalen i sin sociala responsivitet att använda sig av abstrakt socialitet. Han svarar inte den konkreta personen Lisa, utan den abstrakta samhällsvarelse patienten Lisa. Detta innebär att Lisa i stället för den pratstund som hon känner att hon behöver, får rådet att gå och lägga sig så skall den

abstrakta personalen ordna en samtalstid nästföljande dag. Men då blir det ett samtal med en annan abstrakt personal. Organiseringen av en slutenvårdsavdelning ger inte intrycket av att vara en plats där möjligheter till konkret socialitet finns. I stället framstår det som organisationen i sig gynnar den abstrakta socialiteten, kanske till och med att den är en förutsättning för organisationens förmåga att fungera. I exemplet med Lisa blev följden att hon ”stänger av” när hon är på sjukhus. Utifrån de intervjuades upplevelser framstår den abstrakta socialiteten som den rådande formen av socialitet på en psykiatrisk vårdavdelning. Lasse beskriver sina vistelser på psykiatrisk slutenvårdsavdelning, som tider av hög medicinering, men också som en stökig miljö där *”någon fick utbrott varje timme”*. Den sociala kontakten bestod av i förväg bestämda samtal med läkare och psykolog, med andra ord möten styrda av i förväg bestämda ramar. Detta gör att risken för en abstrakt socialitet föreligger i dessa samtal. Lasse tar dock inte upp några exempel på detta i intervjun.

Lena berättar om sin första inläggning i början av 1960-talet. Bemötandet inom dåtidens psykiatriska vård gjorde att hon kände det som att hon var *”en ickemänniska (...) utan några som helst rättigheter”*. Detta kan fungera som ett exempel på abstrakt socialitet. Lena blev aldrig bemött som den konkreta personen Lena utan den abstrakta patienten Lena, eller som hon själv så väl uttrycker det *”en ickemänniska”*.

### **Konkret socialitet**

*Lisa säger att de dagar hennes personliga ombud kommer och hälsar på henne när hon är inlagd så tycker hon att det känns skönt. Hon skildrar besöken som att ”det nästan kändes som en kompis eller någon i familjen som hälsade på”, för med henne kan hon tala om vad som helst om. Hon förklarar att ”det känns som från två håll så där”.*

Kontakten med sitt personliga ombud framställer Lisa som fylld av konkret socialitet. De socialiserar och responderar som de två konkreta personer de är. Lisa beskriver det som en relation med stor värme och närhet, jämförbar med relationen till en nära anhörig. Socialiteten med personliga ombudet upplevs av Lisa som ett ömsesidigt socialiserande, som att *”det känns som från två håll så där”*. I det här fallet är socialiteten ett gott exempel på konkret socialitet, där två konkreta personer interagerar med varandra i en konkret socialitet.

I intervjuerna beskrev inte någon av informanterna mötet med den psykiatriska slutenvården i positiva ordalag. Det var i stället en kall och negativ miljö som informanterna hade upplevt. Det finns dock två undantag som jag inte uppmärksammade förrän under analysen av transkriptionerna och därför inte hade möjlighet att ställa följdfrågor. Det ena är Lenas samtal

med personalen inom öppenvården som uppmärksammar henne på att hon har möjligheten att ansöka om personligt ombud. Lasses samtal med personal inom slutna psykiatrisk vård som råder honom att ansöka om att få personligt ombud så han kan få hjälp att förändra sin boendesituation. Dessa möten kan vara exempel på konkret socialitet, i en organisation som annars beskrivs som uppbyggd för att bedriva abstrakt socialitet.

## 7.5 Kontakten med den psykiatriska öppenvården

### Abstrakt socialitet

*Lena berättar att hon i öppenvården saknar ett bredare kunnande, ett samhällsorienterat perspektiv. Utifrån sin erfarenhet anser hon att psykiatrin aldrig har varit orienterade i samhället och att hon ibland kan uppleva det som "de satt i en bunker". Hon tycker det är anmärkningsvärt att personer som hon själv uppfattar som bra och kunniga personer känner till så lite om världen utanför psykiatrin.*

Kan upplevelsen av att personalen inom psykiatrin saknar en orientering i samhället vara ett utslag av den organisatoriska traditionen att bedriva abstrakt socialitet? Svaret blir ja, om vi utgår från att den person man som personal inom psykiatrin socialiserar med är den abstrakta samhällsmedborgaren patienten och man själv är den abstrakta samhällsmedborgaren personalen när man socialiserar. Det skulle kunna vara så att personalen på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen förväntar sig att möta den abstrakta patienten Lena, men i stället kommer den konkreta personen Lena dit och bedriver konkret socialitet. Kan vi anta att psykiatrin av tradition har behandlat abstrakta patienter och därför har en oförmåga att möta konkreta personer med psykisk problematik? Detta resonemang skulle kunna förklara upplevelsen av att personalen inom psykiatrin saknade kunskap om samhället utanför.

Lasse beskriver sin kontakt med den psykiatriska öppenvården som en fungerande kontakt, även innan han fick sitt personliga ombud. Han ansåg emellertid att de var allt för fokuserade på medicinering, vilket för hans del innebar svårigheter att få gehör för sina önskemål om en sänkning av medicindosen. Detta kan ses som ett exempel på en förskjutning i socialiteten mot den abstrakta socialiteten. Med andra ord är det en förskjutning från en konkret socialitet där den konkreta personen som arbetar på öppenvårdsmottagningen socialiserar med den konkreta personen Lasse. Denna konkreta socialitet är något som Lasse beskriver som "en fungerande kontakt". Det är först när Lasse tar upp sina önskemål om en sänkning av

medicineringen som socialiteten skjuts mot den abstrakta socialiteten. Nu socialiserar den abstrakta psykiatripersonalen med den abstrakta patienten Lasse i en abstrakt socialitet, detta genom att inte lyssna på den konkreta personen Lasses argument. Följden av denna abstrakta socialitet blev att Lasse upplevde att han inte blev lyssnad på vad gällde sina önskemål om en eventuell medicinsänkning. Lisa beskriver sin kontakt med den psykiatriska öppenvården som en kontakt där hon inte blir lyssnad på. Han nämner som exempel en gång när hon kände att hon inte skulle kunna gå tillbaka till sitt arbete och försökte förklara detta avfärdades det som *”en period som går över”*.

### **Konkret socialitet**

*Lasse beskriver att han har haft svårt att få personal inom psykiatrin att lyssna när han förklarat att han upplever sig vara övermedicinerad. Han anser dock att detta har ändrat sig sedan han fick sitt personliga ombud, eller som han uttrycker det: ”dom har minskat medicinerna, dom lyssnar nu”.*

Den förändring som det inneburit för Lasse i kontakten med psykiatrin, med en förskjutning från abstrakt- till en konkret socialitet, skulle kunna förklaras av att Lasse med det stöd han får av sitt personliga ombud orkar att, som den konkreta personen Lasse kräva att få en minskad medicindos. Det kan ju också vara så att med ombudets stöd så svänger öppenvårdens sätt att socialisera från en abstrakt- till en konkret socialitet.

## **7.6 Anledningen till att söka personligt ombud**

### **Abstrakt socialitet**

*Lisa ansökte om personligt ombud när hon inte ansåg sig få den hjälp hon behövde av samhället. Hon hade endast kontakt med psykiatrin, men hennes problem rörde även andra områden så som försäkringskassa och ekonomi. När hon förklarade sina problem så upplevde hon att ingen lyssnade på henne och att de inte ville berätta hur det fungerade i samhället.*

Här kan Lisas upplevelse av att personalen inom psykiatrin inte lyssnade på henne förstås utifrån att *den abstrakta samhällsvarelsen personalen* idkade abstrakt socialitet med *den abstrakta samhällsvarelsen patienten Lisa*. Om vi antar att det var den konkreta personen Lisa som sökte hjälp med de konkreta problem hon hade i sin konkreta värld, så kan ju en

förklaring till att den konkreta Lisa upplevde sig inte bli lyssnad på vara den abstrakta personalens oförmåga till konkret socialitet.

### **Konkret socialitet**

*Lisa talade med en vän i kyrkan, hon förklarade sin situation och den förtvivlan hon kände över den. Vännen kände till att det fanns personliga ombud och föreslog att Lisa skulle ansöka om att få ett personligt ombud som skulle kunna hjälpa henne.*

Här mötte den konkreta personen Lisa den konkreta personen vännen. De utövade konkret socialitet vilket ledde till att de kom fram till en lösning på den konkreta personen Lisas konkreta problem.

Lasse blev uppmuntrad av en personal inom slutenvården att ansöka om personligt ombud ”eftersom han inte var nöjd med boendesituationen”. Det här kan vara ett exempel på konkret socialitet inom slutenvården. Lasse utvecklar dock inte detta mer i intervjun.

Anledningen till att Lena ansökte om personligt ombud var att det var en kurator ”som tipsade om att jag kunde söka ett personligt ombud”. Även detta kan vara ett exempel på konkret socialitet.

## **7.7 Kontakten med sitt personliga ombud och dennes insatser**

### **Abstrakt socialitet**

*Ingen av informanterna skildrar situationer i kontakten med sina personliga ombud som kan beskrivas som abstrakt socialitet. Däremot beskrivs det en förskjutning från den abstrakta socialiteten till en mer konkret socialitet i kontakten med psykiatrin och andra myndigheter sedan de har fått stöd av sitt ombud. Lasse redogör för hur hans kontakt med psykiatrin har ändrats sedan han fick sitt personliga ombud, ”dom har minskat medicinerna, dom lyssnar nu”.*

Socialiteten i exemplet med Lasse kan förstås utifrån en förskjutning från abstrakt socialitet till en konkret socialitet. Här kan man uppfatta den tidigare ovilja Lasse upplever sig ha mött hos personalen inom psykiatrin då han har framfört önskingar om att få sin medicindos minskad, som ett exempel på abstrakt socialitet från den abstrakta samhällsmedborgaren

personalen. Här har Lasse kunnat hävda de åsikter han har som den *konkreta personen Lasse* om sitt *konkreta problem för hög medicinering* sedan han fick sitt personliga ombud.

### **Konkret socialitet**

*Informanternas beskrivningar av kontakten med sitt personliga ombud kännetecknas genomgående av en konkret socialitet. Lasse framställer kontakten med sitt ombud som att de kan prata om allt, han tycker att de "nästan pratar som kompisar, om allt möjligt". Lisa säger att hon kan tala med sitt personliga ombud "om sådant som jag inte kan prata med vem som helst om". Om deras relation säger hon att "det känns som från två håll sådär". Även Lena är nöjd med sitt personliga ombud. Hon tycker att "de träffas på en jämlik basis" och att han är "en sympatisk man" som hon "känner sig trygg tillsammans med".*

Som jag ovan redan nämnt så genomsyras informanternas beskrivningar av konkret socialitet i kontakten med sitt personliga ombud. De ger en tydlig bild av denna konkreta socialitet. När de skildrar sina upplevelser av att ha ett personligt ombud lägger samtliga stor tyngdpunkt på den konkreta socialiteten i själva kontakten. Detta är en klar förskjutning från den abstrakt socialitet de beskriver genomsyrade den traditionella vård de tidigare erhöll.

## **7.8 Sammanfattning**

Informanternas upplevelse av de traditionella vård- och stödinsatser de erhöll innan de fick sitt personliga ombud framställs ur ett socialitetsperspektiv som kontakter fyllda av abstrakt socialitet. Däremot angavs kontakten med sitt personliga ombud som en kontakt där socialiteten uteslutande är konkret. Sedan informanterna fick ett personligt ombud beskrivs en förskjutning i socialiteten, från en abstrakt socialitet mot en konkret socialitet i kontakten med psykiatrin.

## 8. DISKUSSION

Resultatet av undersökningen visar att insatsen personligt ombud genomgående har upplevts som positiv. Samtliga informanter har fått hjälp/stöd i kontakten med myndigheter, så som psykiatri, socialtjänst och försäkringskassa. Detta stöd har lett till att problem inom flera livsområden som till exempel boende och ekonomi har kunnat lösas. De beskriver relationen till det personliga ombudet som god, relationen anges också som den bidragande orsaken till de positiva förändringar i livssituationen som inträffat sedan de fick insatsen personligt ombud. En spännande del av resultatet är att samtliga informanter beskriver personliga ombud som en insats med god tillgänglighet, vilket ger dem en trygghet i vardagen. Detta är motsägelsefullt då samtliga informanternas ombud endast arbetade dagtid och på vardagar, trots detta anser informanterna att tillgängligheten till ombudet större än den var hos de traditionella vård- och stödgivare de tidigare hade insatser från. Sammanfattningsvis visar resultatet att insatsen personligt ombud har fungerat som den samordnande insats den avsågs fungera som i psykiatrireformen (SOU 1993/94:218). Informanterna beskriver dessutom att det personliga ombudets arbete har haft en behandlande/rehabiliterande inverkan i deras återkomst till ett fungerande liv i samhället, detta trots att insatsen personligt ombud inte är en behandlande insats, sett till uppdraget.

I analys kapitlet beskriver informanterna kontakten med sina personliga ombud som en kontakt fyllda av konkret socialitet. Samtliga informanter beskriver hur de blir bemötta och lyssnade på med respekt för deras egna åsikter och önskemål, detta anges som en central orsak till den förbättrade livskvalitet informanterna själva upplever sig ha fått sedan de fick insatsen personligt ombud. De traditionella vård- och stödinsatserna framställs däremot som insatser fyllda av abstrakt socialitet. Här beskriver informanterna hur de blev bemötta som abstrakta patienter, detta trots att de hade ett flertal konkreta problem inom olika livsområden upplevde de inte att de blev lyssnade på. Sammanfattningsvis anser informanterna att sedan de fick insatsen personligt ombud har en förskjutning skett av socialiteten i kontakten med psykiatrin, från en abstrakt socialitet mot en konkret socialitet. Detta beskrivs som en känsla av ökad makt över sina liv och möjlighet att påverka utformningen av insatser från olika myndigheter.

Att använda en kvalitativ forskningsintervju som metod känns som att det var ett relevant metodval, då syftet med uppsatsen var att undersöka hur enskilda upplever insatsen personligt ombud. En nackdel var dock min ovana att intervjua, vilket ledde till att jag missade att återkomma med frågor av klarläggande/fördjupande karaktär. Missen gällde två av

informanterna, som båda fick rådet att ansöka om personligt ombud av personal inom psykiatri. Dessa kontakter hade varit spännande att veta mer om, det skulle ha kunnat vara två exempel på konkret socialitet i deras kontakt med psykiatri. Jag uppmärksammade inte detta förrän vid analysen av transkriptionerna vilket kanske hade kunnat undvikas om jag hade varit en mer erfaren intervjuare.

I kapitlet tidigare forskning redovisas svenska studier av de tio försöksverksamheterna med personligt ombud. Här konstateras positiva förändringar i klienternas psykosociala situation, sociala nätverk och i livskvalitet (Björkman 2000). Detta överensstämmer med resultatet i min undersökning, då informanterna beskriver förbättringar inom dessa områden. Den bidragande orsaken till dessa positiva förändringar anges vara det personliga ombudets arbete. I sexårsuppföljningen av försöksverksamheterna (Socialstyrelsen 2004) undersöktes även klienternas upplevelser av stigma och empowerment, uppföljningen visade att upplevelsen av stigma minskat medan upplevelsen av empowerment hade ökat. Även här är min undersöknings resultat överensstämmande med dessa då informanterna nu upplever sig bli bemötta som enskilda individer med ett egenvärde. Detta till motsats från tidigare då de anser sig ha blivit bemötta som psykiatri patienter. Den internationella forskningen av de olika case management modellernas effekter är svårt att överföra på de svenska personligt ombud verksamheterna, detta då arbetssättet i de olika modellerna av case management är så varierat, även uppdraget varierar och kan innefatta allt från samhällsbaserad behandling till en ren ombudsmannaroll. Avsnittet internationell forskning togs med i uppsatsen för att belysa den bredd av insatser som benämningen case management omfattar och därigenom belysa begreppet case managements bredd.

I min undersökning beskrev informanterna stora skillnader i kontakten med sitt personliga ombud jämfört med den kontakt de tidigare hade haft med aktörer inom traditionella vård- och stödinsatser, dessa aktörer var psykiatrisk öppen- och slutenvård. I uppsatsens analys påvisas dessa skillnader i kontakten mellan den psykiatriska öppen- och slutenvården och kontakten med det personliga ombudet. Denna analys görs med hjälp av Asplunds (1987) teori om social responsivitet och de i teorin ingående begreppen konkret- och abstrakt socialitet. Analysen visar på skillnader mellan den abstrakta socialiteten informanterna upplever i socialiteten på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning och den konkreta socialiteten de beskriver socialiteten med sitt personliga ombud som. Med detta som bakgrund skulle det som en framtida forskning vara intressant att genomföra en studie om förutsättningarna för den konkreta- respektive den abstrakta socialiteten inom de olika organisationer som bedriver vård-, stöd- och serviceinsatser för personer med psykiskt funktionshinder.

Avslutningsvis anser jag, efter att ha gjort denna undersökning om hur personer som har ett personligt ombud för psykiskt funktionshindrade upplever dennes insatser, att det borde vara en rättighet för psykiskt funktionshindrade att få ett personligt ombud om de så önskar. Detta dels utifrån de positiva erfarenheter informanterna i denna undersökning hade av sitt personliga ombud och dennes insatser, men också utifrån de positiva förändringar i den enskildes livssituation som tidigare svensk forskning visar på. I dagsläget pågår ett flertal studier av personligt ombuds verksamheter i Socialstyrelsens regi, resultatet från dessa kommer att redovisas under 2005. Resultatet från dessa studier kommer förhoppningsvis att belysa vad det är i ombudens arbete som har medverkat till de positiva förändringar i den enskildes livssituation som tidigare studier påvisat. Min förhoppning på dessa studier är att de ska belysa de psykiskt funktionshindrades egna beskrivningar av vad som har varit till hjälp för dem i ombudens insatser och inte vara så fokuserade på minskade inläggningstider i psykiatrisk slutenvård, minskade symtom och ekonomiska besparingar som stora delar av de internationella studierna om case management som jag läst under arbetet med denna uppsats är. Med dagens kärva ekonomiska läge ser jag en risk för att kortsiktiga ekonomiska besparingar gör att de personliga ombudens möjligheter att bemöta de personer som har insatser från dem i en konkret socialitet minskar och att kontakten mellan de personliga ombuden och de personer som har insatsen i stället drar sig mot en abstrakt socialitet där den enskilde personen som erhåller insatsen reduceras till en abstrakt klient. Detta scenario skulle utifrån denna undersökning dock kunna vara kontraproduktivt då informanterna beskriver just den konkreta socialiteten som en bidragande orsak till deras förbättrade livssituation.

## LITTERATURLISTA

Asplund, J. (1987). *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.

Ballew, J. R. & Mink, G. (1997) *Case management in social work: developing the professional skills needed for work with multiproblem clients*. Springfield: Charles C Thomas publisher ltd.

Björkman, T. (2000). *Case management for individuals with severe mental illness: a process-outcome study of ten pilot services in Sweden*. Lund: Lund University, Department of Clinical Neuroscience.

Brodin, A. (2004, november, 21). Personligt ombud kan vända allt. *Dagens nyheter*, s. 10.

Egidius, H. (1997). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kvale, S. (1998). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (1998) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Marshall M. & Lockwood A. (2002). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software.

Mueser, K. T., Bond, G.R., Drake, R.E., Resnick, R.G.(1998) Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37–74.

Ruth, J-E. (1991). Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition. I *Gerontologia*, 5 (4), 277-290.

Ziguras S. & Stuart GW. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51:1410–1421.

SFS 1980: 620. ”Socialtjänstlag”. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (1998:5). *Psyiskt funktionshindrade och deras liv*. Psykiatriuppföljningen.

Socialstyrelsen (1999). *Välfärd och valfrihet?* Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.

Socialstyrelsen (1999:3). *Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer*. Psykiatriuppföljningen.

Socialstyrelsen (2004). *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder*. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter.

Socialstyrelsen (2004-06-16). *Personliga ombud ger bättre livskvalitet*. Externt pressmeddelande.

SOU 1992:73. *Stöd och vård för psykiskt störda med förslag till åtgärder som berör vuxna psykiskt störda personer*. Psykiatriutredningens slutbetänkande.

SOU 1993/94:218 *Psyiskt stördas villkor samt Välfärd och valfrihet service*. Proposition.

Svenska akademikerförbundet (1997). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.

Till: *Dig som har ett personligt ombud.*

Hej!

Jag heter Börje Persson och studerar vid Socialhögskolan i Stockholm där jag skriver en C-uppsats om insatsen *personligt ombud*. Jag är intresserad av att undersöka hur du som har ett personligt ombud upplever ombudets insatser. Därför söker jag dig som har ett personligt ombud och är intresserad av att delta i min undersökning.

I min undersökning kommer jag att använda mig av intervjuer i samtalsform. Dessa kommer att handla om vad du anser om de insatser du får av ditt ombud och på vilket sätt dessa har varit till stöd för dig. Samtalen kommer att spelas in på band för senare utskrift. Jag räknar med att en intervju kommer att ta cirka 1, 5 timme i anspråk.

Deltagande i min undersökning är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Den information jag får i samtalen kommer endast att användas i min uppsats. En C-uppsats är en offentlig handling och kommer att kunna läsas på bland annat Socialhögskolans bibliotek. Du som väljer att delta i min undersökning kommer att vara anonym, då jag inte kommer att lämna ut några uppgifter av sådan karaktär att du kan bli igenkänd.

Om Du är intresserad att delta i min undersökning eller vill ha mer information så går det bra att ringa mig på något av telefonnumren nedan. Jag träffas säkrast på min hemtelefon kvällstid, övriga tider går det bra att ringa min mobiltelefon så ringer jag tillbaka.

Med vänlig hälsning

*Börje Persson*

Hem:  
Mobil:

## FRÅGEGUIDE

- **Kan du beskriva så detaljerat som möjligt vad det innebär för dig att ha ett personligt ombud?**
- **Vad var det som gjorde att du ansökte om att få ett personligt ombud?**
- **Vad är viktigast för dig i kontakten med ditt personliga ombud?**
- **Vilken nytta har du haft av ditt personliga ombud?**
- **Har ditt personliga ombuds insatser haft någon inverkan på ditt vardagsliv?**